



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS

BEATRIZ FERNANDES DA CRUZ SANTOS

ESTUDO SOBRE A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NUMA UNIDADE  
DE SAÚDE E OS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

São Cristóvão/SE  
2017/1

BEATRIZ FERNANDES DA CRUZ SANTOS

ESTUDO SOBRE A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NUMA UNIDADE  
DE SAÚDE E OS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da Universidade  
Federal de Sergipe como um dos requisitos parcial  
para o Título de Bacharel em Serviço Social,  
orientado pela Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Noêmia Lima Silva.

São Cristóvão/SE  
2017

BEATRIZ FERNANDES DA CRUZ SANTOS

ESTUDO SOBRE A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NUMA UNIDADE DE  
SAÚDE E OS DESAFIOS DO (SUS).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos parcial para o Título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Noêmia Lima Silva(DSS/ UFS)  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Núbia Santos (DSS/ UFS)  
Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Magaly Nunes de Góis (DSS/ UFS)  
Examinadora

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização de mais esta etapa de minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus pela minha existência e por ter me colocado e me mantido no curso de Serviço Social da UFS, apesar de não saber os propósitos e desígnios do autor da minha vida eu posso afirmar que Ele cuidou de cada passo meu nessa jornada. Não foi fácil, não tenho como esquecer, mas, os planos dele são perfeitos não tenho dúvidas que Ele me acompanhou em todo o processo, nas longas viagens de idas e vindas, nas lutas, problemas e alegrias e me manteve de pé até aqui. Agradeço a oportunidade da minha graduação, e o apoio da minha família, dos clientes e amigos sinceros, a trajetória de seis anos foi uma estrada longa, mas encontrei em vocês força e incentivo, combustíveis necessários para que eu pudesse continuar nessa intensa caminhada. A vocês que em diversas vezes deixei em segundo plano, agradeço de coração pela compreensão nos momentos de ausência para que eu pudesse ir em busca dos meus sonhos, o meu muito obrigada!

Agradeço aos meus pais, Josefa Fernandes e Jose Macêdo por minha existência em especial a minha mãe guerreira, que sempre fez o que tava além do seu alcance pra me ver realizar meus sonhos, obrigada por todos os momentos dedicados a mim, por lutar comigo, orar por mim e sempre apoiar minha determinação. A minha segunda mãe, minha vovó Terezinha. Aos meus irmãos, sobrinhos, em especial as minhas irmãs Jackeline e Maria Aparecida pelo apoio e incentivo dedicado na minha jornada, não podendo esquecer de vocês, Aldenise (Nova) a quem tenho uma enorme gratidão pois pude contar com seu auxílio nos cuidados com minha filha, e as minhas comadres Edivalda, Carol e Gidicelma que por diversas vezes me fizeram levantar a cabeça e continuar quando pensava em desistir, não esqueço das frases de vocês quando diziam, “Você é meu orgulho, eu me espelho em você”, pois essas palavras me servia de combustível pra continuar, a todos vocês meu muito obrigada.

Em especial, agradeço ao meu esposo Josemir Lima por transformar meus dias sempre melhores, por estar sempre presente, por compreender, aceitar e tolerar as minhas ausências devido aos compromissos acadêmicos, que com amor e paciência me auxiliou em tudo que poderia para que essa conquista se tornasse real, e também a pessoa que me deu a verdadeira razão de viver, minha filha Keylla Maria que mesmo sem entender compreendeu os vários momentos de minha ausência em sua vida, que me incentivou a continuar quando tudo parecia

não fazer sentido, pois o amor que sinto por você é imenso e incondicional agradeço-lhe por existir em minha vida.

Agradeço a todos meus amigos que de forma direta ou indireta também participou deste momento e a todas as minhas amigas de curso em especial as 'Lindas de Bonita' não é: Dauraci, Ítala, Lilian, Monise e Verônica vocês são umas das riquezas que a graduação me proporcionou não tenho palavras para expressar o sentimento que cultivo por vocês.

Agradeço à UFS e aos docentes do curso de Serviço Social do DSS que me acompanharam nessa trajetória que desempenharam com dedicação as aulas ministradas, onde pude extrair o conhecimento teórico e prático necessário para a profissão.

Agradeço à minha orientadora, Prof.Dr<sup>a</sup> Noêmia Lima Silva por me acompanhar nessa última etapa da graduação. Agradeço também as minhas supervisoras de estágio, Pedagógica Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nailsa Maria Souza de Araújo e Técnica, a assistente social Sílvia Santos Nascimento que com dedicação e afinho me instruíram no processo de formação profissional e me supervisionaram de maneira íntegra qualificando-me para a profissão e as profissionais que aceitaram fazer parte desse processo.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a minha formação profissional como assistente social e meu crescimento pessoal.

## **RESUMO**

O presente estudo é fruto de observações trazidas a partir da experiência vivenciada no período de Estágio Curricular num espaço multiprofissional, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h Zona Norte Dr. Nestor Piva, que motivou e despertou o interesse para um processo investigativo na elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso. O objetivo do estudo foi compreender os limites e possibilidades do trabalho do Assistente Social frente aos desafios encontrados no Sistema Único de Saúde (SUS), para efetivação do fazer profissional a respeito das suas atividades cotidianas no espaço hospitalar na visão deste profissional. Para tanto iniciamos com a pesquisa documental e bibliográfica, apresentando o caminho percorrido pela Política de Saúde no Brasil, a partir da década de 1930, procurando entender a saúde como política pública, até a década atual, com o desmonte do Estado e, consequentemente, na desresponsabilização nesta área, e em um breve histórico tratou sobre a trajetória do Serviço Social e a sua inserção na saúde ao longo dos anos, com base em alguns autores com fundamento teórico. O trabalho se desenvolveu metodologicamente a partir do método qualitativo exploratório empregando também a pesquisa de campo, procurando conhecer a visão do assistente social, na perspectiva do objetivo proposto, utilizando a entrevista como instrumental. O trabalho descritivo respaldou a análise dos dados obtidos e a reflexão sobre a realidade vivenciada pelos profissionais, chegando aos resultados da pesquisa, que mostrou a existência de dificuldades impostas pela Política de Saúde e que estas refletem de forma direta no trabalho do assistente social.

**Palavras chaves:** Política de Saúde; Serviço Social; Atuação Profissional; Desafios do SUS.

## ABSTRACT

The present study is the result of observations made from the experience of Curricular Internship in a multiprofessional space, at the Emergency Unit (UPA) 24h North Zone Dr. Nestor Piva, which motivated and aroused the interest for an investigative process in the elaboration of this Course Completion Work. The objective of the study was to understand the limits and possibilities of the Social Worker's work in face of the challenges encountered in the Unified Health System (SUS), in order to make professional work regarding their daily activities in the hospital space in view of this professional. To do so, we started with documentary and bibliographical research, presenting the path taken by Health Policy in Brazil, beginning in the 1930s, seeking to understand health as a public policy until the present decade, with the dismantling of the State and, consequently, in the lack of responsibility in this area, and in a brief history dealt with the trajectory of Social Work and its insertion in health over the years, based on some authors with theoretical foundation. The work was developed methodologically from the qualitative exploratory method, also employing the field research, seeking to know the vision of the social worker, from the perspective of the proposed objective, using the interview as instrumental. The descriptive work supported the analysis of the data obtained and the reflection on the reality experienced by the professionals, arriving at the results of the research, which showed the existence of difficulties imposed by the Health Policy and that these reflect directly in the work of the social worker.

**Keywords:** Health Policy; Social service; Professional performance; Challenges of SUS.



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO.....  | 10 |
| CAPÍTULO I - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL .....  | 13 |
| 1.1A POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 1930 .....  | 14 |
| 1.1.1A SAÚDE ANTES DO SUS .....  | 17 |
| 1.2A FORMAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL .....  | 21 |
| 1.2.1O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE .....   | 24 |
| CAPÍTULO II– PROCESSO METODOLÓGICO.....  | 31 |
| CAPÍTULO III - A PERCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL DA UNIDADE DE SAÚDE<br>FRENTE AOS DESAFIOS DO (SUS)..... | 34 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 46 |
| REFERÊNCIAS .....  | 48 |
| APÊNDICE .....   | 52 |

## INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil desde a sua gênese assume um caráter focalista e paliativo que vem se acentuando cada vez mais em decorrência das medidas neoliberais e do projeto de privatização do setor o qual tem a intenção de minimizar os gastos públicos, atingindo assim as classes sociais menos favorecidas. Em decorrência disso temos a redução do financiamento e consequentemente o sucateamento dos serviços públicos, caráter que vem sendo reforçado pela onda de privatizações e se colocando como empecilhos para efetivação dos direitos sociais.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, as conquistas sociais passaram a sofrer alterações. A partir dos anos 1990 durante a conjuntura neoliberal associado ao projeto de privatização do setor de saúde podemos observar o desfavorecimento das classes sociais menos abastadas como, por exemplo, a diminuição dos direitos sociais e a crescente ocupação do mercado que, segundo o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (cebes) os recursos públicos do SUS têm sido colocados no setor privado através de convênios e contratos. Decorrente da implementação das políticas sociais com destaque na saúde, o Estado passou a demandar a presença de diversas profissões dentre estas o Serviço Social.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado a partir da experiência de Estágio Supervisionado Curricular em Serviço Social I, II, III realizada no Hospital Municipal Zona Norte Dr. Nestor Piva em Aracaju/SE, o qual integra a rede de serviço de atenção ao cuidado em saúde do Município e se configura como uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Pois durante o período de estágio percebi algumas lacunas entre o que diz o SUS e o cotidiano no que diz respeito aos direitos proposto na Constituição Federal de 1988.

O interesse pela temática relaciona-se a forma de trabalho desenvolvido pelo profissional de Serviço Social, a fim de analisar como atuam frente aos desafios encontrados na Política de Saúde dentro de uma UPA. A pesquisa resultou da prática de estágio supervisionado I, II e III, na referida unidade, período em que acompanhei e compartilhei com profissionais de Serviço Social da instituição as aflições à respeito da relação entre intervenções X desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) para prática diária no trabalho do Serviço Social, junto à necessidade de entender até que ponto os desafios do SUS implicam na execução do trabalho realizado pelo assistente social.

O objeto da pesquisa foi escolhido decorrente da necessidade de entender como se efetiva o fazer profissional do assistente social na área da saúde, numa unidade de nível secundária de média complexidade que atua como mediador de direitos, analisando ainda, as dificuldades para a realização do trabalho. Esse estudo procura discorrer sobre a importância da atuação do assistente social na saúde, observando o cenário da reforma sanitária brasileira, referente ao modelo de atenção à saúde e analisar como as dificuldades enfrentadas na operacionalização do SUS refletem na intervenção profissional.

Trilhando esses pressupostos a pesquisa teve como objetivo geral conhecer e analisar a intervenção do assistente social na unidade de saúde frente aos desafios do SUS, a fim de entender como se dá essa relação na prática profissional e formulamos os seguintes objetivos específicos: Levantar as limitações enfrentadas pelo assistente social na execução do seu trabalho; Listar as ações, os instrumentais usados no exercício do assistente social; Desvendar os desafios apontados pelo profissional nas condições de trabalho; Conhecer as perspectivas e os desafios dos assistentes sociais no exercício profissional na saúde.

Utilizou-se como método o qualitativo de abordagem exploratória, através de pesquisa bibliográfica e de campo. O levantamento das informações na pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevista semi estruturada, tendo como sujeito informante, o profissional de Serviço Social lotado na unidade.

Diante do objeto, e objetivos da pesquisa foram formulados os seguintes pressupostos:<sup>1</sup>“Os assistentes sociais da área da saúde se deparam cotidianamente com demandas apresentadas pelo usuário que necessitam de intervenções imediatas, que o SUS não oferece condições. 2 O Sistema Único de Saúde impõe ao assistente social desafios que interferem no atendimento ao usuário, restringindo a ação a procedimentos técnicos com forte tendência a se tornar uma atividade puramente mecânica”.

A aludida pesquisa refere-se a um estudo de caráter exploratório uma vez que teve o propósito de, de acordo com Gil (2010) “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito” (GIL, 2010, p.41).

Assim na compreensão do referido autor sua idealização da pesquisa assume um caráter flexível, possibilitando ao pesquisador a consideração dos vários aspectos relacionados ao problema, questionamento em estudo.

Para melhor fundamentação o levantamento bibliográfico objetivou uma aproximação teórica com alguns autores que tratam de conceitos ligados à temática para maior aprofundamento. Na pesquisa de campo, o cenário escolhido foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Norte Dr. Nestor Piva. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde – SES 2014, com base na portaria de nº 1.600, de 7 julho de 2011 do Ministério da Saúde, as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas, objetivam prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Este documento está composto por três capítulos, além da introdução e das considerações finais. No primeiro consta a parte de conteúdo teórico desenvolvido em sub-tópicos, mostrando uma breve retrospectiva da política de saúde no Brasil a partir de 1930. Ainda neste capítulo, foi abordado o Serviço Social na sua trajetória histórica e como se deu a inserção da profissão do Serviço Social na saúde, que ocorreu basicamente no âmbito curativo e com abordagem individual e só na década de 1980 passa por transformações significativas trazendo uma definição do que é a profissão de Serviço Social, como surge e o que faz, ressaltando qual a direção social do fazer profissional com o passar dos anos, abordando as dificuldades para operacionalização do trabalho.

O segundo capítulo traça a metodologia de realização da pesquisa, como: o método utilizado, o instrumental para a realização da coleta de dados, o cenário, os sujeitos e como se deu a coleta dados e interpretação.

No terceiro capítulo estão descritos os resultados da pesquisa analisando os desafios que são impostos ao assistente social que atua na área da saúde, para a efetivação do trabalho do profissional assim como as dificuldades encontradas decorrente da conjuntura em que se encontra a política de saúde atualmente.

A partir das reflexões dos conteúdos das entrevistas, foi feito um esforço para apreender as determinações dos processos sociais reais apontados sobre as dificuldades postas aos assistentes sociais nessa conjuntura neoliberal e analisar os desafios para efetivação da ação profissional.

E por fim, algumas considerações são aportadas da pesquisa realizada em conformidade com os pressupostos, na perspectiva de uma reflexão crítico a cerca dos limites e desafios atuais da prática profissional advindos do SUS, percebendo a necessidade de uma política de saúde eficaz.

Com este trabalho, o tema não se esgota não se considera conclusivo. Carece muito mais de aprofundamento á respeito do assunto, para melhor esclarecer como está a atuação desse profissional na conjuntura atual, referente a política de saúde brasileira.

## **CAPÍTULO I - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL**

Historicamente, as políticas sociais no Brasil foram marcadas por serem implantadas através de práticas assistencialistas, a saúde segue essa mesma linha e não foi diferente. De acordo com Polígono (2002), a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

O autor descreve que as ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente e tem sido preferencialmente direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização. Em vista disso o mesmo relata que, devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da Previdência Social no Brasil em determinados períodos, pois a dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.

Para apreender os aspectos relevantes na participação do Serviço Social pela conquista dos direitos e da cidadania entendemos ser necessário nos reportarmos ao surgimento da prática da assistência passando pelo processo de reconhecimento e consolidação deste na divisão sócio-técnica do trabalho. O Serviço Social está inserido no conjunto das atividades definidas como práticas de intervenção na realidade social e tem na questão social um dos elementos fundantes da profissão.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2011), o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. O assistente social, enquanto participante da divisão social e técnica do trabalho, é um profissional especializado que está inserido no mercado de trabalho para atender a prestação de serviços sociais, especialmente, através das políticas implementadas pelo Estado.

## **1.1 A Política de Saúde a Partir de 1930**

Apresentam-se aqui os principais períodos a partir da década de 1930 até a década atual, evidenciando ao enfrentamento de dois projetos societários; O Projeto da Reforma Sanitária, com a consumação da VIII Conferência Nacional de Saúde, e sua regulamentação na Constituição Federal de 1988, com suas diretrizes no atual Sistema Único de Saúde (SUS); e o Projeto Privatista, através do desmonte e da desresponsabilização do Estado.

### **1.1.1 A Saúde Antes do SUS**

A partir da década de 1930, período em que as atitudes de saúde se caracterizavam como assistencialista o Estado passou a interferir, surgindo então às primeiras políticas sociais direcionadas para a saúde. De acordo com Bravo (2004, p. 26) a saúde passou a ser percebida como questão social, visto que, “é no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos de 1930 que ocorre a formulação da política de saúde, a qual teve caráter nacional [...]”.

Nas palavras de Paim (2009), naquela época não existia um Ministério da Saúde, a saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social. Ainda na fala do autor, a saúde pública no Brasil nasceu por três vias: saúde pública<sup>1</sup>, medicina previdenciária<sup>2</sup> e medicina

---

<sup>1</sup> Saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política das populações. Na concepção mais tradicional, é a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e

do trabalho, aquilo que atualmente conhecemos como saúde ocupacional, ou saúde do trabalhador, desenvolveu-se a partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho. Com o passar do tempo a questão da saúde de fato tornou-se uma preocupação do Estado em âmbito nacional, por conta disso foi criado no ano de 1953 o Ministério da Saúde agora já desmembrado do Ministério da Educação, pois as ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria, era o Ministério da Saúde responsável pela medicina preventiva que era destinada aos contribuintes da previdência social e estavam inseridos no mercado formal de trabalho, portanto, quem possuía carteira assinada.

Mesmo no período da Ditadura Militar (1964 a 1985), apesar de fortes repressões por parte dos governantes, algumas reivindicações foram alcançadas, podendo destacar, no campo da saúde o movimento da Reforma Sanitária<sup>3</sup> nos anos de 1970, que se caracterizou por ser um movimento de estudantes, professores, universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde que passaram a defender mudanças na saúde. O autor descreve ainda que o Movimento Sanitário, composto por profissionais de saúde, pesquisadores e representantes de instituições e organizações da sociedade civil, foi o responsável pela politização do papel da saúde e das instituições médicas na sociedade e por materializar o conceito ampliado de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008, p.27).

A década de 1980 é marcada por constantes discussões sobre a saúde no Brasil, pois em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, se propunha uma Reforma Sanitária e um Sistema Único de Saúde. Essa conferência consolidou no final da década de 1980 com a promulgação da Constituição Federal de 1988, um novo modelo de saúde pública, o Sistema Único de Saúde

---

determinantes do processo saúde-doença controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. <https://www.portaleducacao.com.br>

<sup>2</sup> Entre os anos de 1920 e os anos 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo esta última restrita àqueles pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas por lei e para as quais criou-se um seguro social. Somente são cidadãos aqueles cujas profissões são reconhecidas por lei, e para os quais foram criadas formas de proteção social, dando início à estrutura previdenciária da qual fazia parte a assistência à saúde. <http://portalteses.icict.fiocruz.br>

<sup>3</sup> O movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses [...] o que caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos [...]. (VAITSMAN, 1989)

(SUS), que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e extinguiu os demais programas de oferta de saúde anteriores (PAIM, 2009).

O autor nos mostra com clareza que, embora o direito a saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois, o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social, visto que, a VIII Conferência Nacional de Saúde fez crítica ao conceito meditativo de saúde e doença disseminado pela OMS, “além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social”. Diante disso,

As Conferências de Saúde sempre foram fundamentais para a democratização do setor. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social. (Conselho de saúde). <http://conselho.saude.gov.br>

Conforme salienta Polígono (2002), o texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania, com propriedade o autor nos relembra que, a Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado trazendo, como objetivos do SUS, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formulação das políticas de saúde, fornecimento de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

**PROMOÇÃO** da Saúde: tudo que estiver ligado ao bem-estar e a qualidade de vida do sujeito, como boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável.  
**PROTEÇÃO** da Saúde: vacinação combate a insetos transmissores de doenças, uso de cintos de segurança nos veículos, distribuição de camisinhas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas.  
**RECUPERAÇÃO** da Saúde: requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou sequelas. A atenção à saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e



domiciliar representa as principais medidas para a recuperação da saúde. (PAIM, 2009, p. 44 e 45).

A política de saúde se organiza como parte complementar da Seguridade Social do Brasil, cujo avanço foi essencial ao constituir a saúde como direito de todos e dever do Estado. Com isso a saúde constitui-se como um direito social.

Ante as transformações sociais e políticas no Brasil no início da chamada ‘Nova Republica’, foi conquistado um aparato, que pretendia estabelecer parâmetros de bem estar social, no caso da saúde, dos avanços para a elaboração de propostas da Reforma Sanitária. Dessa forma, entende-se que “ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar condições de vida e trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo” (CFESS, 2009, p.08).

O documento da Constituição de 1988 em relação à saúde foi norteado pelas suposições defendidas pelo movimento sanitário, aprovando, somente em parte, as reivindicações deste. Através da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu-se o Sistema Único de Saúde – SUS, produto de lutas e mobilizações dos profissionais da área da Saúde, articulados ao movimento popular.

### **1.1.2 A Saúde Depois do SUS**

O padrão de saúde adotado pelo Brasil a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como objetivo o acesso universal, equitativo e integral aos serviços públicos de saúde, pois esse sistema tem como princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Destacamos ainda que, cabe a esse setor direcionar suas ações para além de implementos de serviços imediatos. No entanto mesmo diante de vários avanços podemos perceber a existência de múltiplos desafios para a concretização da política de saúde em concordâncias com os princípios que regem o SUS (PAIM, 2009).

Segundo Matos (2003, p. 98) dentre os princípios do SUS destacam-se,

- Universalidade: A defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde.
- Descentralização: A compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local, com isso desobrigar os estados e o governo federal.

- Hierarquização: Que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas.
- Integralidade: A compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e a curativa.
- Regionalização: Buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes.
- Participação Popular: A defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício de controle social.

No Brasil, o sistema de saúde é fragmentado, organizado por níveis de atenção, que são categorias determinadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as quais procuram promover, desenvolver e manter a saúde dos indivíduos. Esses níveis se caracterizam como primário, secundário e terciário.

- O nível primário de atenção a saúde comporta as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), conhecidas popularmente como postos de saúde, são essas unidades que desenvolvem a função de solicitar políticas tanto de prevenção de doença como o cuidado com o bem estar nas comunidades e são organizadas pela esfera municipal, esse nível é considerado como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde;
- O nível secundário de atenção a saúde é composto por Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os Hospitais e outras unidades de atendimento especializado de média e alta complexidade, onde a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento;

- O nível terciário de atenção a saúde está composto pelos hospitais de grande porte (alta complexidade, subsidiado pela esfera privada ou pelo estado, conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde: atenção básica e de média complexidade) (Brasil 2007, p.).

Para tanto, a partir do SUS a Saúde no Brasil irá configurar-se sobre outro patamar e, em substituição ao modelo hospitalocêntrico<sup>4</sup> conceberá o modelo sanitarista. Neste modelo de política de saúde, a atenção à saúde não estará centrada só no tratamento de doenças e sim na prevenção das mesmas.

Sobre esta nova vertente de compreensão a saúde da população será tratada sobre um novo enfoque pelo qual se entende ser um direito de todos com acesso gratuito e de qualidade. Enquanto política social, ao Estado é computado o dever de formular e executar as políticas públicas de promoção à saúde e garantir o acesso destas à população. Ao mesmo tempo o Estado vai se responsabilizando pelos deveres dos governos e de todos aqueles que, de alguma forma, podem implicar sobre a saúde, na busca de avanços de tecnologia, ações preventivas e educativas, bem como criação de serviços e destinação de recursos para cuidar da saúde, (DALLARI, 2010).

Com a necessidade de criar-se um órgão que regulamentasse a finalidade do sistema, em 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do (SUS), detalhando o funcionamento do Sistema.

Essa lei:

[...] define a competência e as atribuições dos governos federal, estadual e municipal em relação ao SUS, [...]. Além disso, orienta o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados e também as políticas de recursos humanos, financiamento, gestão financeira, planejamento e orçamento. (PAIM, 2009, p.58).

---

<sup>4</sup>O **modelo hospitalocêntrico** é baseado nos cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária (não precisariam ir ao hospital). Já o **modelo sanitarista** (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, etc.), voltado para o atendimento de necessidades, para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, efetividade e equidade (PAIM 2008).

Diante do exposto, saúde é um direito fundamental, e pertence a ementa dos direitos sociais, pois como consta no artigo 2º da Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2009, s/n).

É também nos anos de 1990 até os dias atuais que o Brasil observa uma nova direção no que diz respeito ao papel do estado influenciado pela política neoliberal, o que foi responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas já conquistados pela sociedade civil, assim como pelo sucateamento da saúde (BRAVO, 2006). Período que, com a intensificação das privatizações o estado incentiva a terceirização e a precarização dos trabalhadores da área da saúde. Dessa forma a política de saúde assume características que se constituem em desafios para os profissionais da área inclusive para o exercício profissional do assistente social.

Para Santos (2006) as políticas públicas de saúde em Sergipe, no período da década de 1990, não tiveram mudanças significativas de maneira proposta pela Constituição Federal de 1988 e foram distinguidas pela manutenção de esquemas políticos que priorizaram a conservação dos espaços de poder, em detrimento da ampliação de uma política pública de saúde que concretizasse os princípios do SUS. Apesar disso, na década dos anos 2000 esse contexto sofreu transformações, em decorrência da influência do processo político ocorrido nessa década, marcada pela eleição com vitória do ex- presidente Lula em 2002 e da eleição de governos petistas para o executivo da capital sergipana.

De acordo com Bravo (2006), em 2002 a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, para a presidência da república, foi uma forma de resposta da população brasileira às medidas implantadas anteriormente (neoliberais), contudo embora seu programa de governo contasse com um caráter democrático, a política macroeconômica foi conservada, com políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. No caso da política de saúde, as alterações na estrutura organizacional do Ministério da Saúde; a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; o retorno da concepção da Reforma Sanitária a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde destaca-se entre os pontos positivos relação à política de saúde (BRAVO, 2006).

Com ampliação profissional e o novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que focalizou os aspectos biopsicossociais, a saúde requisitou outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 06 de março de 1997<sup>5</sup> que determinou o conjunto das profissões em saúde, entre estas destacamos o Serviço Social<sup>6</sup>, que passou a fazer parte da atuação interdisciplinar no âmbito dessa política. Mesmo que a inserção do serviço social como profissão institucionalizada vem desde a década de 1940.

É nesse contexto que se insere o assistente social, que a priori é entendido como pessoas caridosas, mas que com o passar do tempo devido a necessidade do Estado evoluiu até atingir o status de profissional, pois atualmente o assistente social é o profissional formado em Serviço Social, atua “na elaboração, viabilização e execução da intervenção estatal sobre a questão social”, (REZENDE, CAVALCANTE, 2009, p.21).

Podemos ver que historicamente o Brasil passou por algumas evoluções no que diz respeito à saúde a exemplo da implementação do SUS, advindo das lutas de movimentos sociais, que trouxe uma nova forma de olhar a política de saúde como direito universal respeitando seus níveis de complexidade. Porém no decorrer desses 29 anos de existência o SUS que temos na nossa realidade esta longe de alcançar o que propôs o SUS constitucional de 1988, visto que,

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual (COSTA, 2008, p. 310-311).

É nessa perspectiva que o assistente social por meio das suas competências e atribuições específicas passa a assumir o caráter de trabalhador em prol da defesa dos direitos civis, políticos e sociais da sociedade, a fim de viabilizar de forma universal os direitos já conquistados.

---

<sup>5</sup> A Resolução reconhece como profissionais de saúde: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Psicólogos; e Odontólogos; Terapeutas Ocupacionais

<sup>6</sup> RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 EMENTA: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

## 1.2 A Formação do Serviço Social no Brasil

O Serviço Social nasce em meio aos movimentos da igreja católica com caráter de caridade, mas sua profissionalização se dá em meios a ampliação das instituições sócio-assistenciais estatais e autarquias. Nas últimas décadas o Serviço Social concretizou novas conquistas, tanto no campo teórico-prático quanto no campo ético-político, fato que se fez romper com as fundamentações tradicionais e reafirmar-se com um novo perfil, que descarta a ideia de que o assistente social tem apenas a função de implementar ou executar, de forma terminal, as políticas sociais.

Mas o que é a Profissão de Serviço Social? De acordo com Piana,

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, realiza sua ação profissional no âmbito das políticas sócio-assistenciais, na esfera pública e privada. Neste sentido, desenvolve atividades na abordagem direta da população que procura as instituições e o trabalho do profissional e por meio da pesquisa, da administração, do planejamento, da supervisão, da consultoria, da gestão de políticas, de programas e de serviços sociais. (PIANA, 2009, p.85).

Iamamoto e Carvalho (2011) descreveram que a gênese do Serviço Social no Brasil, enquanto profissão pautada na divisão social do trabalho está relacionada ao contexto das grandes mobilizações da classe operária nas duas primeiras décadas do século XX, visto que a tendência acerca da “questão social”, que atravessa a sociedade nesse período, determina um posicionamento do Estado, das frações dominantes e da Igreja. O Serviço Social no Brasil tem suas origens na primeira metade do século XX ligado a igreja católica, numa fase em que o país passava por uma fase tumultuada, onde a burguesia não conseguia controlar as manifestações da classe trabalhadora que reivindicava por melhores salários e justiça social, como afirma as autoras,

[...]- e a luta defensiva que o operariado desenvolve aparecerão, em determinado momento, para o restante da sociedade burguesa, como uma ameaça a seus mais sagrados valores, “a moral, a religião e a ordem pública”. Impõe-se, a partir daí a necessidade do controle social da exploração da força de trabalho. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 134).

Os autores seguem afirmando que diante da situação de revolta e opressão que a população pobre passava foi a ser reconhecida como questão social e mais uma vez a igreja se une aos burgueses para conter a voz do povo, oferecendo-lhes uma suposta ajuda para solucionar os problemas pelo qual passavam. Com o intuito de manter a ordem e seus interesses de exploração da força de trabalho a classe dominante se junta ao estado para conter a classe operária a fim de manter a ordem social. Para isso a igreja passou a oferecer formações para moças de famílias tradicionais com o objetivo de exercer obras sociais.

Seguindo uma cronologia dos acontecimentos e evolução do Serviço Social no Brasil, observa-se a forte influência católica nessa trajetória de evolução desta profissão.

A igreja Católica organizou a I Conferência de Ação Católica no ano de 1922, direcionando os ideais assistencialistas cristãos. Mais tarde em 1932 o Brasil entre outros acontecimentos cria Centro de Estudos da Ação Social (CEAS) que em 1936 funda a primeira Escola de Serviço Social de São Paulo. Segundo Iamamoto e Carvalho (2011) a Escola de Serviço Social passou por breves processos de adaptação, para introduzir cursos voltados para atender demandas familiares e para atender à demanda das prefeituras e do interior do Estado com intuito de regular a desordem e promover uma vida digna à população

Ao CEAS cabia a responsabilidade de aperfeiçoar os membros que aprendiam a doutrina da igreja, os quais eram formados para dar assistência ao proletariado e sua famílias, “são promovidos diversos cursos de filosofia, moral, legislação do trabalho, doutrina social, enfermagem de emergência etc.” Iamamoto e Carvalho (2011, p.184), tornando mais competente a atuação das trabalhadoras sociais, fortalecendo e unindo a coordenação e os esforços nas diferentes atividades e obras de cunho social.

Naquela época o Serviço Social almejava adaptar o homem ao meio que vivia e o meio ao homem, embora as trabalhadoras sociais não analisassem seus trabalhos nem suas intervenções de maneira crítica e consciente, o trabalho buscava a alienação da população e o fascínio pela ideia de que servir por amor ao próximo era seguir o que pregava a igreja.

A partir do governo de Getúlio Vargas, observa-se um crescimento na demanda por assistentes sociais para atuar em determinadas instituições estatais. É também as décadas de 30 a 45 que marcam o início da profissão de Serviço Social. (BRAVO, 2004). Um marco importante para o Serviço Social foi a criação Legião Brasileira da Assistência (LBA) no ano de 1942 e posteriormente a criação da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS), e a

Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS), em 1946 época em que o Serviço Social recebe influência norte-americana e corrente positivista com o Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade

A partir dos anos de 1960 e 1970 ocorreu um movimento de renovação da profissão, existiu uma mudança no Serviço Social, uma reatualização do Serviço Social tradicional. De acordo com Netto, (2011) iniciou-se um movimento de renovação da profissão, que se buscou alterar o modo tradicionalista do Serviço Social, existindo quatro aspectos decisivos no processo de renovação do Serviço Social: a instauração do pluralismo teórico, ideológico e político no meio profissional; a crescente diferenciação das concepções com as discussões profissionais; a sintonia do debate teórico-metodológico profissional com as discussões em curso no conjunto das ciências sociais; e a contribuição de segmentos de frentes voltados para verificação e análise.

Se coloca em curso, no Serviço Social brasileiro, um processo de renovação, que se desenvolve a partir do pós-64 até meados da década de 1980. A renovação do Serviço Social é, portanto, fruto de um processo histórico que possibilita o pluralismo no seio do Serviço Social, ao encontrarmos a diversidade no que diz respeito às maneiras de enfrentar a realidade social, de compreender a questão social e o próprio Serviço Social. “Diversidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa na profissão: do modo de pensar, fazer e escolher” (CARDOSO, 2013, p. 135).

Dessa maneira, a década de 1980 é marcada como um período de maioridade intelectual do Serviço Social, pois, a partir de sua consolidação acadêmica, percebe-se uma aproximação e comprometimento com a perspectiva ontológica original de Marx. Questão primordial para compreensão acerca do significado social da profissão na sociedade capitalista, bem como das suas ambiguidades, inerentes à prática profissional. Em suma, ao buscar novas bases de legitimidade para ação profissional o Serviço Social passa a considerar as contradições do seu exercício profissional e se posiciona a serviço dos usuários, o que rompe com a perspectiva anterior de reprodução do controle social. Nesse sentido, compreende as implicações políticas de sua prática profissional, a polarização da luta de classes, e, a partir disso, desenvolve seu posicionamento crítico.

Nas últimas décadas o profissional de Serviço Social passou a gestar e executar as políticas públicas, além do aumento das áreas de pesquisa consolidou novas conquistas, tanto no campo teórico-prático quanto no campo ético-político, rompendo com as fundamentações



tradicionais e reafirmando um novo perfil, que deixa de lado a ideia de que o assistente social tem apenas a função de implementar ou executar, de forma terminal, as políticas sociais.

A partir do movimento de ruptura com o conservadorismo se insere no universo profissional a perspectiva do materialismo dialético de Marx que contribuiu para uma análise com maior crítica da sociedade capitalista, alterando as formas de intervenção do Serviço Social, inclusive na área da saúde.

### **1.2.1 O Serviço Social na Área da Saúde**

O Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da “questão social”. Isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho (CRESS/RJ). Visto que de acordo com Bravo, “ [...] a saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado”. (BRAGA; PAULA 1986 apud BRAVO, 2007, p. 90)

Em 1936 com o surgimento da primeira Escola de Serviço Social em São Paulo, a profissão se desenvolve na conjuntura capitalista, com caráter interventivo, visão determinista e a - histórica. O Serviço Social nesse contexto se individualiza da caridade tradicional, a qual é vista como ação paliativa que não resolve à situação de pobreza, mas, como ação educativa junto à família trabalhadora, numa linha de ação preventiva dos problemas sociais o profissional do Serviço Social tinha sua intervenção pautada no trabalho educativo em relação aos hábitos de higiene e saúde. Nesse sentido Iamamoto (1998, p. 20) afirma que “a ação do Serviço Social é de cunho doutrinário e moralizador e orienta-se para uma individualização da proteção legal”.

Apesar de o Serviço Social ser reconhecido formalmente como uma profissão da saúde, recentemente, o trabalho dos assistentes sociais é requisitado nesta área desde meados da década de 1940, sendo até hoje o setor que representa um dos espaços sócio ocupacionais mais significativos para a profissão de Serviço Social no Brasil (BRAVO, 2004).

A autora, afirma que uma das razões significativa que estimulou a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde, foi a consolidação da Política Nacional de Saúde no país no

período de 1945 a 1950, com o aumento dos gastos com a assistência médica, pela previdência social, gerando uma contradição entre a demanda e o seu caráter seletivo, visto que a assistência não era universal. Por conta disso, o assistente social é chamado para atuar em hospitais, servindo de articulador entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso desta aos serviços e benefícios. Embora a ação profissional dos assistentes sociais de início fosse atribuída ao voluntarismo marcado pela caridade o que desqualificava a técnica do Serviço Social, as demandas para o serviço social nos serviços de saúde revelavam a utilidade da profissão, dessa forma,

O que de relevante se colocou foi a constatação de que, enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, apontavam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde. (COSTA, 2008, p. 305).

O Serviço Social por se tratar de uma profissão de caráter eminentemente prática e interventivo que se submete a uma dimensão política de reforço aos interesses populares, necessitou:

Compreender a importância e a necessidade nos dias atuais de se romper com os limites impostos pela especialização científica, abrindo-se a uma relação de reciprocidade de mutualidade entre as disciplinas, que corresponde a uma atuação social efetiva numa realidade em mudança. (SEVERINO, 2000, p.51-52).

De acordo com Costa (2008), a evolução do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde é atribuída a uma maior divisão sociotécnica do trabalho, levando em consideração que a partir dos anos 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) as mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a demandar novas formas de organização do trabalho na saúde, é também nessa década que o Serviço Social sente os efeitos da política Neoliberal, da acumulação flexível no mundo do trabalho e da pressão dos movimentos sociais. O processo de trabalho nos serviços de saúde é determinado a partir das condições históricas pelas quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Desta forma, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº. 218/97 reconhece o assistente social como profissional da saúde.

A competência ético-política diz que o assistente social não é um profissional “neutro” e que na sua ação profissional, há relações contraditórias, que vão exigir uma postura política

frente às questões da realidade social e o fazer profissional, por isso é necessário que o profissional tenha essa percepção, tendo o projeto ético-político como horizonte, vinculado ao projeto de coletividade justa e igualitária que a profissão procura. Fazendo uma análise das atividades realizadas pelos assistentes sociais percebemos a existência de fatos contraditórios já que “as tensões do sistema implicaram uma ampliação e redimensionamento das atividades e qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais” (COSTA, 2008, p.315), visto que as ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, além de planejamento, assessoria, mobilização e participação social estão no campo das atividades do trabalho do serviço social<sup>7</sup>.

Na atualidade, com o modelo de desenvolvimento aplicado pelas elites brasileiras seguidos pelas ações e omissões dos governos que geraram o que pode se considerar um desmonte no país, os profissionais do Serviço Social têm se deparado tanto com o aprofundamento da questão social em função das suas novas configurações, quanto com o aumento de demandas no seu cotidiano profissional. Nessa conjuntura, o fazer dos profissionais que operam na esfera da saúde é permeado, de forma rotineira, por entraves e dilemas que ultrapassam o saber e o desejo de fazer, assim como atrapalha na resolutividade do serviço prestado. De acordo como CFESS (2009), podemos citar alguns empecilhos vivenciados pelos assistentes sociais na área da saúde dentre eles:

- Dificuldade em colaborar na operacionalização das leis referentes à saúde;
- Dificuldade em viabilizar as ações ao atendimento dos indivíduos, por falta de recursos financeiros do setor, da falta de transporte, da falta de condições de trabalho,

---

<sup>7</sup> - Ações de caráter emergencial — estas se expressam nas atividades voltadas para agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo etc. - Educação, informação e comunicação em saúde — estas atividades consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à coletividade, para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na solução de problemas de saúde individual e coletiva, sobretudo quando se trata de epidemias e endemias. - Planejamento e Assessoria — estas atividades consistem, sobretudo, na realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho no SUS, principalmente no que se refere a: elaboração dos planos municipais de saúde, programas e projetos, bem como assessoria ao planejamento local das unidades de saúde, envolvendo os processo de programação das ações e atividades de educação em saúde, vigilância alimentar, epidemiológica e sanitária; - Mobilização e participação social — as atividades voltadas para a mobilização da comunidade, (COSTA, 2008, p.316)

que possibilite concretizar as ações necessárias ao atendimento das demandas que se colocam frente ao serviço social;

- Dificuldades provocadas por ação mediadora que os assistentes sociais tentam implementar, ficando como um elo entre a população demandante do serviço e a instituição, tornando o assistente social em um profissional que passa a ser requisitado, quando outros setores não conseguem dar conta das demandas postas para o serviço de saúde.

Assim, as demandas reais exigem preparação e empenho dos profissionais de saúde e, em particular, dos assistentes sociais, no sentido de apontar para ações que objetivem a democratização de informações e a participação social no esforço de tentar ultrapassar os limites e desafios colocados para o Sistema Único de Saúde (VASCONCELOS, 2004).

Dessa forma, os assistentes sociais da área da saúde vem assumindo novas técnicas, como participação do processo de gestão da saúde, atuação nos conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, assim como são requisitados a trabalharem na realização de atividades em que os profissionais, assessoram, organizam e realizam cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas, reuniões, e etc.

Como afirmam Rezende e Cavalcante (2009), a compreensão do conceito de saúde a partir de uma leitura biopsicossocial significou um avanço no entendimento de que o indivíduo não se limitava apenas a dimensão biológica, tampouco que a medicina é a única profissão voltada à recuperação e à garantia de saúde da população. Instaurou-se um olhar multidisciplinar para o processo saúde-doença, o que pressupunha a atuação de vários profissionais na viabilização das políticas de saúde. Para os autores, a inserção do assistente social tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis do SUS, derivado da adoção do conceito ampliado de saúde, que, compreende o processo de saúde-doença como decorrente das condições de vida e de trabalho, visto que, a atuação do assistente social na nesta área pressupõe o domínio da discussão no campo das políticas públicas, particularmente do SUS, e de como o acesso a este sistema é garantido aos cidadãos. Na visão de Matos:

[...] compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde [...]. (MATOS, 2003 apud BRAVO; MATOS 2004, p. 43).

O Serviço Social atuará como instrumento de democracia e conscientização quanto aos direitos, quanto aos serviços e benefícios proporcionados pelas instituições, e que poderão ser utilizados pelos segmentos da população para os quais são orientados. Assim descreve que a categoria profissional desenvolve uma ação de cunho sócio-educativo na prestação de serviços sociais viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam, de fato, ser reconhecidos (IAMAMOTO e CARVALHO 2011).

Podemos dizer que para o assistente social a saúde é um campo de trabalho que esta cada vez mais em ascensão, porém é preciso que esse profissional tenha conhecimentos a respeito das legislações específicas que norteiam sua prática, bem como conhecer portarias, normas, estatutos, resoluções, entre outros.

Existe um órgão fiscalizador da profissão no Brasil, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é uma autarquia pública federal que tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Para além de suas atribuições, contidas na Lei 8.662/1993, a entidade vem promovendo, nos últimos 30 anos ações, políticas para a construção de um projeto de sociedade radicalmente democrático, anticapitalista e em defesa dos interesses da classe trabalhadora(cfess.org.br). Nessa perspectiva evocamos a resolução do CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999, a qual ‘caracteriza o assistente social como profissional da saúde’, onde seu trabalho implica na modificação das demandas sociais em necessidades sociais de saúde e na intervenção do acesso às ações setoriais, benefícios e serviços necessários à concretização da saúde como direito social de responsabilidade do Estado, pois de acordo com o CFESS, “Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. (CFESS, 2009).

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social (CFESS, 2009).

O Código de Ética Profissional é constituído por uma introdução, por 11 (onze) princípios que norteiam a atuação profissional, 04 (quatro) títulos, quais sejam: título I –

Disposições gerais; II – dos direitos e das responsabilidades gerais do assistente social; III – das relações profissionais e IV – da observância, penalidades, aplicação e cumprimento deste Código. É composto ainda por 6 (seis) capítulos: I – Das relações com os usuários; II – das relações com as instituições empregadoras e outras; III – das relações com assistentes sociais e outros profissionais; IV – das relações com entidades da categoria e demais organizações da sociedade civil; V – do sigilo profissional e VI – das relações do assistente social com a justiça.

“A Lei de Regulamentação da Profissão, de nº 8.662, de 07 de junho de 1993, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente Itamar Franco, dispõe sobre a profissão e dá outras providências”. É constituída por 24 (vinte e quatro) artigos, dentre eles podemos citar: Art. 4º Constituem as competências do assistente social; Art. 5º Constituem atribuições privativas do assistente social, Art. 5º-A – a duração do trabalho do assistente social é de 30 (trinta) horas semanais (Incluído pela Lei nº12.317, de 2010) e Art. 14. Cabe às Unidades de Ensino credenciar e comunicar aos Conselhos Regionais de sua jurisdição os campos de estágio de seus alunos e designar os assistentes sociais responsáveis por sua supervisão. Outro documento importante para o serviço social são as Diretrizes Curriculares que foram aprovadas através da Resolução nº 15, de 13 de março de 2002<sup>8</sup>.

Podemos encontrar ainda a legislação específica que embasa o trabalho do assistente social na saúde, como, A Lei Orgânica da Saúde, (LOS - Lei 8.080) sancionada em 1990, responsável por regular as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como já citada anteriormente à Resolução nº 218/1997 reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tem o assistente social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior, bem como a Resolução 338/1999 CFESS que reafirma o assistente social como profissional da saúde.

E ainda do documento constituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), elaborado em 2008, intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, que tem como objetivo,

[...] referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. [...] com orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no

---

<sup>8</sup>Ver Código de Ética Profissional: <http://www.cfess.org.br/>

setor de saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais. (CFESS, 2009, p. 7).

A luta na saúde pela implementação eficaz do projeto de Reforma Sanitária continua, vez que tal projeto se integra com o projeto profissional do assistente social. Assim “pode-se concluir que a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo "perdido", quebrado pela burocratização das ações” [...] (COSTA, 2008, p. 341).

Assim observa-se que o assistente social tem o papel de operar frente às desigualdades sociais, a fim de potencializar as transformações em favor do interesse dos menos favorecidos.

Diante deste contexto teórico, a seguir será apresentado o procedimento metodológico adotado para a construção da pesquisa proposta por este estudo. Assim, será apresentada os caminhos metodológicos utilizados, a classificação da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados, bem como o método de análise dos dados.

## **CAPÍTULO II – PROCESSO METODOLÓGICO**

Para realização de uma pesquisa é necessário que exista uma pergunta a qual se quer buscar uma resposta ou confirmar alguma hipótese anteriormente criada. Segundo Gil (2007, p. 17), pesquisa é definida como o “procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases”. Assim, a pesquisa tem o objetivo descobrir e interpretar os fatos que estão inseridos em uma determinada realidade.

Segundo Gil (2007) a pesquisa leva ao conhecimento e compreensão do mundo em que o pesquisador se insere. Logo, a pesquisa científica possibilita, o aguçamento da capacidade reflexiva.

O presente estudo trata-se de uma indagação que busca saber quais os desafios enfrentados pelo assistente social na área da saúde no exercício do seu trabalho.

A pesquisa em desenvolvimento caracteriza-se quanto a natureza como pesquisa básica, vez que objetiva gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da Ciência, sem aplicação prática prevista. Quanto aos objetivos esta pesquisa é exploratória, este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2007).

O presente estudo se desenvolveu em um equipamento social hospitalar, de média complexidade, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)<sup>9</sup> 24h Dr. Nestor Piva, pertencente ao município de Aracaju-SE. O critério para a escolha desse espaço relaciona-se ao fato de serem os serviços dos Hospitais de urgência/emergência apresentados como uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por finalidade acolher de forma imediata os usuários dos serviços.

Para se desenvolver uma pesquisa, é indispensável selecionar o método de pesquisa a utilizar e os procedimentos, assim, foi escolhido como métodos a pesquisa bibliográfica e de campo. Como bem destaca Fonseca, “qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto”.

---

<sup>9</sup>As UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências.



(FONSECA, 2002, p. 32). Neste trabalho foram utilizados autores conceituados no tema, a exemplo de Yamamoto; Carvalho (2011), e Bravo (2004), entre outros.

A análise da pesquisa foi desenvolvida a partir do método qualitativo uma vez que esta busca descrever e analisar as relações entre fatos. Segundo Minayo, esse método abaliza três finalidades:

[...] estabelece uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Essas finalidades são complementares, em termos de pesquisa social. (MINAYO, 2007, p.69).

O levantamento dos dados na pesquisa de campo foi alcançado por meio de entrevista semi estruturada. Os sujeitos envolvidos na pesquisa de campo na referida instituição foram os assistentes sociais lotados na unidade pública de saúde UPA Nestor Piva, o universo da pesquisa se constitui no total de quatro profissionais. Desse universo foram ouvidos dois profissionais que constituíram a amostra de 50%. O critério de escolha foi a partir dos turnos manhã e tarde.

O instrumental técnico utilizado na coleta de dados foi a entrevista semi estruturada, realizada com os profissionais de Serviço Social atuantes na equipe da instituição. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes e norteadas por um breve roteiro de perguntas, elaboradas pelo pesquisador. De acordo com Gil a entrevista,

[...] apresenta certo grau de estruturação, já que se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso. As pautas devem ser ordenadas e guardar certa relação entre si. O entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente a medida que refere as pautas assinaladas. Quando este se afasta delas, o entrevistador intervém, embora de maneira suficientemente sutil, para preservar a espontaneidade do processo. (GIL, 2010, p.112).

Como referências para a formulação do roteiro da entrevista (anexo) foram consideradas as perguntas relacionadas as categorias conceituais embasadas nos autores consultados. Destaca-se que durante a entrevista o diálogo foi respeitado, tanto por parte do entrevistador como do entrevistado.

Tendo em vista que a atuação profissional da qual estamos falando tem como finalidade a viabilização dos direitos dos usuários por meio de intervenções mais questões foram formuladas,

a fim de conhecer como se efetiva o exercício profissional no atendimento aos usuários diante dos desafios do SUS.

A unidade conta com uma equipe de assistentes sociais, que se revezam por turno de 6 horas diárias exceto finais de semana e feriados. Além dos profissionais de Serviço Social a instituição conta com uma equipe formada por médicos, enfermeiros, técnicos entre outros.

A partir das respostas obtidas os dados foram organizados, interpretados e analisados a partir dos conceitos que se constituíram categorias de análise com base na teoria do discurso de Bardin (2011), visto que a análise de conteúdo consiste num conjunto de instrumento de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento oferecendo espaço a pesquisas de caráter quantitativo ou qualitativo.

### **CAPÍTULO III - A PERCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL DA UNIDADE DE SAÚDE FRENTE AOS DESAFIOS DO SUS**

Observa-se que a partir de 1990 na esfera pública as demandas refletem as transformações ocorridas no mundo do trabalho e a forma como são implementadas as políticas públicas, pois com o desmonte dessas políticas e a desresponsabilização do Estado no conjunto das ações com amparo social, mostrou a precariedade dos serviços para a população.

Fazendo uma pequena apresentação da Unidade de Saúde, local onde foi o lócus da pesquisa. A UPA faz atendimento de baixa e média complexidade, está aberta diariamente, por 24 horas. Segundo a Secretária de Saúde (2015), a UPA atende também pessoas do interior do Estado de Sergipe. Segundo dados da administração do hospital (2017), atualmente a UPA recebe um fluxo de aproximadamente 600 pessoas por dia, sendo que há um aumento gradativo diariamente e esse quantitativo não é fixo. A Unidade vem oferecendo atendimento clínico, ortopédico, cirúrgico e de enfermagem. Entre os atendimentos a unidade realiza suturas, curativos (apenas nos finais de semana e feriados, pois este serviço é de competência das Unidades Básicas de Saúde), assistência ao paciente vítima de queimaduras, avaliação de fraturas e lesões, entre outros. No momento não conta com serviços de pediatria. Outro serviço à disposição da população é a Urgência Odontológica, que funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 19h às 7h da manhã e por 24h, nos dias de sábado, domingo e feriado. Dentre esses serviços constata-se segundo pesquisa realizada para elaboração de relatório de estágio que o mais procurado é a clínica médica e a ortopedia (BEATRIZ, 2016).

Visando essa compreensão as assistentes sociais entrevistadas manifestaram suas opiniões a partir das indagações sobre condições de trabalho, principais demandas dos usuários junto ao serviço social, ações que desenvolvidas e instrumentais utilizados, limitação do exercício profissional e suas causas, e desafios para o exercício da profissão. As respostas serão transcritas identificando os profissionais como Entrevistada 1 e Entrevistada 2.

Sobre a questão, como classifica as condições de trabalho, a entrevistada1 dividiu sua resposta como segue o relato: *“na parte física, poderia ser melhor; mas, se comparado a outros locais mesmo na área da saúde da qual tenho conhecimento, nós estamos na vantagem, pois tenho conhecimento de que algumas colegas tem que dividir a sala com outros profissionais enquanto nós temos sala individual, o que garante o sigilo nas nossas abordagens, pois somos em duas no turno da manhã e temos uma sala bem estruturada com cadeiras e armário onde podemos guardar os documentos que nós produzimos e os que recebemos também. As condições*

*de trabalho na parte não física, posso dizer que aqui já foram melhore. Logo que cheguei à instituição, me recordo que agente lidava melhor com a coordenação (que muda com certa frequência) e quando muda agente começa uma relação nova, e as últimas têm sido meio tumultuadas. Agora mesmo mudou a coordenação, acontece que: agente constrói um relacionamento, tenta mostrar o que fazemos e aí quando eles estão acostumando, muda de coordenador e nós temos que começar tudo de novo, tem que está dizendo o tempo todo pra que a gente veio, porque estamos aqui na sala do serviço social e o que é o serviço social. Porque tem gente que vem assumir a coordenação e não consegue identificar o que é o trabalho de assistente social e acaba por atribuir para nós o que eles desejam que agente faça ou acha que nós poderíamos fazer. Temos que está cotidianamente dizendo: eu não faço isso, a mim não cabe fazer isso e acaba nos atribuindo coisas gerais que um administrativo poderia fazer. Tudo isso por não ter clareza do que é o serviço social mesmo com um protocolo que descreve detalhadamente o que compete ao assistente social da rede de urgência”.*

A entrevistada 2 ao falar em condições de trabalho também divide sua resposta: “*na parte do espaço físico não faço muita queixa, pois não atribuo dificuldades de atendimento por conta do ambiente as condições físicas não impede o trabalho do Serviço Social na instituição, pois temos sala reservada e climatizada para fazer os atendimentos de forma resguardada respeitando o sigilo profissional. Já se falando da parte não física, para mim deixa a desejar, pois por não saber das necessidades do Serviço Social para dar resolutividade às demandas apresentadas, os gestores acabam não dando o suporte necessário, condizente com as necessidades que os usuários apresentam, a exemplo do telefone que é restrito apenas para efetuar ligações locais”.*

Visto que da primeira parte, as respostas em relação ao espaço físico, as colocações dos assistentes sociais -1 e 2 estão de acordo com o que propõe a Resolução do CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006, dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social, a saber,

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado. Art. 3º - O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo.

Constata-se que as condições de trabalho dos assistentes sociais de acordo com os relatos não condizem com as normas que preconiza o SUS nem com realidade das demandas atendida na instituição, pois o profissional acaba esbarrando em dificuldades que são impostas pela gestão, impossibilitando em parte, a ação profissional, pela ausência de comunicação com vários familiares ou mesmo instituições fora da área da capital.

A segunda indagação: Quais as principais demandas dos usuários junto ao serviço social?

A entrevistada 1: *“As principais demandas que chegam ao serviço social são dos usuários que não consegue atendimento ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e acaba vindo pra cá. Na minha visão, o grande fluxo de pacientes na unidade assim como no serviço social é por falta de atendimento e também de informação, pois a falta de atendimento nas unidades básicas de saúde faz essas demandas migrarem para o serviço de urgência, pois sabem que aqui vão ter o atendimento. As demandas procuram muito o serviço social para emissão de declaração de acompanhante; alguns poucos buscam orientação para acessar os serviços e também fazemos muita mediação de usuários/médicos, uma vez que esse profissional não dá abertura para dialogar com paciente, o usuário recorre ao serviço social para fazer essa ponte”.*

Já a entrevistada 2 sobre a mesma questão, *“a maior parte dos usuários atendidos na UPA é oriunda dos bairros periféricos da cidade de Aracaju e decorrente da falta de atendimento dos serviços básicos, visando que a UPA faz atendimento de baixa e média complexidade e está aberta diariamente por 24 horas a unidade acaba sendo porta de entrada do serviço de saúde para esses usuários, quando não conseguem atendimento ambulatorial nas unidades básicas, eles acabam vindo pra cá. Acontece que, essa demanda vem no serviço social a pessoa que vai resolver o seu problema, ver a assistente social como suporte para resolver o que ele tem dificuldade de buscar, encaminhado muitas vezes de outros setores. O usuário do serviço de urgência tem uma cultura de que o assistente social é quem vai resolver o que ele não poderia resolver sozinho, ainda podemos acrescentar que esse público conta com uma quantia significativa de pessoas que vivem em condição de rua, vítimas de negligência - tanto por parte dos familiares quanto do Estado, demandando uma intervenção do Serviço Social mais aprofundada, pois esse público necessita não só de intervenção imediata como também a busca de familiares junto as Unidades Básicas de Saúde tanto do município de Aracaju e até mesmo de outras localidades, articuladas com outras redes de proteção, aí é que aparece as limitações visto que o profissional não tem as condições de trabalho que necessita para realizar as intervenções, a exemplo do telefone que só efetua chamadas locais, sendo que o público usuário chega de todas as regiões do estado e até mesmo de fora dele, além do que há inúmeras dificuldades de encaminhar esse usuário, pois a rede de abrangência do território, na sua maioria, possui condicionalidades para a aceitação deste”.*

Conforme os depoimentos a atuação do assistente social se abre para competências que extrapolam aquelas estabelecidas para a profissão, e nesse sentido, também tem a obrigação de ser o comunicador da informação, principalmente em relação à necessidade de pessoas que buscam o serviço, demandando a atuação do Assistente Social uma intervenção a fim de encaminhamentos e esclarecimentos. Nesse sentido,

A grande maioria das demandas dirigidas aos assistentes sociais resulta das rotinas e ações que não são pensadas/projetadas/organizadas tendo em vista os interesses e necessidades dos usuários; rotinas e ações que priorizam mais a burocracia do que dão atenção os direitos e necessidades dos usuários; que priorizam a atenção a saúde mais como um procedimento que tem sua

importância para registro estatístico do que para a resolutividade da demanda por uma atenção integral a saúde (VASCONCELOS 2012, p 438).

Na visão da autora a questão central para o assistente social é priorizar a defesa e acesso a uma atenção à saúde de qualidade, por meio de encaminhamentos que possam viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, seja internamente na instituição na qual desenvolve seu trabalho, seja fazendo referência para as outras unidades visando à continuidade das ações iniciadas e/ou realizadas.

Segundo o CEFSS (2010) a competente atuação do Serviço Social na Saúde implica:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da 9

população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Desse modo, Vasconcelos faz uma análise sobre a prática do Serviço Social no sistema Único de Saúde, dizendo que:

[...] cabe ao Serviço Social na área da saúde, **tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde**, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediada pelo direito à oferta de serviço que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito as condições de trabalho, às condições e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigações do Estado, (2012, p. 442, *grifo do autor*).

Visto que o trabalho do assistente social implica na modificação das demandas sociais em necessidades sociais de saúde e na intervenção do acesso às ações setoriais, benefícios e serviços necessários à concretização da saúde como direito social, de responsabilidade do Estado. Podemos ver que de acordo com o CFESS, “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2008, p. 41).

Na terceira indagação: Quais ações que desenvolve e quais os instrumentais utilizam?

A entrevistada 1, “*Usamos de vários instrumentais, uns específicos do serviço social como a escuta, entrevista social, abordagem entre outras e alguns da instituição, como ficha de cadastro para notificação de violência contra menor e idoso e etc. além do Protocolo da Rede de Urgência e Emergência (REUE) o qual visa esclarecer as atribuições do assistente social.*”

A entrevistada 2, “*Posso dizer que a maior parte dos usuários atendidos pelo assistente social, é oriunda da falta de atendimento dos serviços básicos pois quando não conseguem atendimento ambulatorial nas unidades básicas de saúde eles acabam vindo pra cá. Noto que esses usuários vem no assistente social a pessoa que vai resolver o seu problema, ver como suporte para resolver o que ele tem dificuldade de buscar e muitas vezes vem encaminhado de outros setores, o usuário do serviço de urgência tem uma cultura de que o assistente social é quem vai resolver o que ele não poderia resolver sozinho. As atividades realizadas são encaminhamento, abordagem a pacientes e acompanhante, entrevista social e outros. Entre os instrumentos que utilizamos aqui posso citar a importância do documento produzido em meio a vários embates que é o Protocolo da Rede de Urgência e Emergência (REUE) o qual visa esclarecer as atribuições do assistente social não só no hospital Nestor Piva, mas também nas demais unidades hospitalares do município de Aracaju e que delimita as atividades do assistente social na rede pública de urgência, e emergência. Percebo que uma das maiores dificuldades para atuação do serviço social na instituição e a falta de conhecimento por parte da gestão em relação ao que compete ao assistente social, pois a coordenação não sabe o que o assistente social faz e acaba querendo que agente resolva vários casos mesmo os que não são pertinentes*”

*ao serviço social, esperam que ‘todos’ os problemas da instituição sejam resolvidos pelos assistentes sociais. A troca de gestores frequentemente acaba sendo uma dificuldade, visto que, a maioria dos gestores que passam pela instituição não tem conhecimento do que é atribuição e o que compete ao serviço social e por isso acaba cobrando e desvalorizando o trabalho do profissional que se nega a fazer o que não lhe compete, decorrente dessa situação vejo a dificuldade do serviço social de se impor no serviço de saúde, pois os profissionais médico, enfermeiro não veem o assistente social como um profissional da saúde, nota-se a dificuldade em fazer com que os demais profissionais vejam e reconheçam o assistente social como um profissional da saúde, essa prática acaba por desqualificar o assistente social, essa equipe mencionada acredita que o assistente social é um profissional para atender serviços superficiais.*

A partir dos depoimentos das entrevistadas aproveito para descrever o que propõe a REUEs fornecido pelas mesmas. Segue as atribuições do Assistente Social nas REUEs, parte do protocolo citado pela assistente social entrevistada:

- Realizar abordagem social, acolhimento e atendimento individual, familiar ou em grupo, junto aos usuários do SUS, encaminhados, em atendimento pela equipe multiprofissional, ou por demanda espontânea.
- Oferecer orientação social aos usuários e familiares.
- Realizar encaminhamentos decorrentes das intervenções realizadas pelo assistente social.
- Realizar referência e contra referência a fim de garantir o acompanhamento do usuário/a.
- Prestar orientações e informações sobre as normas e rotinas do serviço de saúde.
- Visitas rotineiras à unidade para verificação de intercorrências sociais identificando as variáveis que estão interferindo no tratamento, para as devidas providências.
- Oferecer subsídios às equipes de saúde para compreensão dos aspectos sociais que envolvem a situação do usuário e/ou família.
- Avaliar junto à equipe multiprofissional a demanda e autorização de acompanhantes.
- Realizar contatos com familiares, serviços da rede e instituições para intervenção compartilhada, no atendimento de demandas e garantia de direitos.
- Participar junto com a equipe do processo de alta realizando orientações e providências.
- Elaborar relatórios e pareceres sociais.



- Acolher e compartilhar com a equipe o cuidado as vítimas de violência e seus familiares, emitindo notificação aos órgãos competentes.
- Realizar intervenção em conjunto com a equipe multiprofissional, em casos e óbito: acolhendo, orientando e encaminhando a família ou o responsável nas questões que dizem respeito aos tramites legais: Declaração de Óbito-DO, registro oficial para sepultamento e auxílio funeral, quando necessário.
- Oferecer informações referentes a direito previdenciário e outros.
- Participar de reuniões técnicas mensais, cursos de capacitações.
- Promover atividades educacionais e de prevenção em saúde.
- Implantar e implementar na rede ações e projetos que cooperem efetivamente para a qualidade de atendimento aos usuários e seus familiares.
- Socializar junto aos usuários, familiares, equipe de saúde e trabalhadores os mecanismos de apoio/proteção social existente no município através de uma abordagem social individual, familiar, coletiva, através de folders, panfletos, cartazes;
- Participar nas instâncias propositivas, deliberativas e fiscalizadoras (conselhos, sindicatos, associações, conferências, congressos, seminários), fortalecendo a luta dos trabalhadores e usuários do SUS.
- Compor parceria para o desenvolvimento do projeto “- Identificação para a Cidadania”- investigação, mobilização, localização de familiares ou responsáveis e resgate de documentos de usuários que são admitidos e internados para tratamento nos serviços da REUE sem identificação.
- Participar de colegiado gestor e Comitê de Qualidade das Unidades de Pronto Atendimento-UPAs.
- Registrar as intervenções do Serviço Social em prontuário e livro específico, alimentar banco de dados e elaborar estatística mensal.
- Acompanhar estudantes de Serviço Social e alunos da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.
- Elaborar e executar projetos de intervenção.

Alguns autores no debate teórico do Serviço Social brasileiro confirmam que:

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária, (BRAVO; MATOS, 2004, p.03).

E por fim foi feita a seguinte indagação: O que considera como limitação para o exercício profissional e a que atribui essas limitações e se constituem em desafios?

A entrevistada 1 responde, que, *“percebo que o assistente social aqui já foi mais reconhecido e valorizado isso por parte da administração e de alguns colegas de trabalho que não conseguem enxergar o que fazemos e sim o que não fazemos simplesmente por não ser de nossa competência, diferente da visão dos usuários que parece já ter uma maior clareza do que compete ao serviço social. Percebemos que por não ter clareza do que é o trabalho do assistente social, vários usuários com demandas diversas são empurradas para nos com a cobrança de resolutividade a determinadas situações que não cabe ao serviço social e sim a gestão e administração e, posso dizer que em relação as perspectivas do trabalho, não vejo perspectiva de melhoria, porque sempre teve a tentativa de retirada dos direitos, mas agora com a redução dos gastos sociais, isso está mais acentuado. E isso vem refletindo no nosso trabalho, já que cada vez mais os usuários procuram com muito mais frequência o serviço e agente não consegue dar resposta isso se torna uma angústia de realização do trabalho e ate mesmo como pessoa. Em relação aos entraves que enfrento no exercício da profissão, digo que particularmente, é dar respostas as demandas e a necessidade de se afirmar todo o tempo, o que é o serviço social, o que faz o assistente social, o tempo todo, pois vejo que acabamos perdendo credibilidade encontrando dificuldades de garantir um espaço já conquistado.*

*Noto que o desafio do SUS para realização do meu trabalho posso relatar que são as dificuldades do SUS que impossibilita a realização do trabalho, além disso, na visão dos demais aqui todos os problemas dos usuários da instituição são encaminhados para o serviço social, vindo como obrigação do assistente social resolver, quando na verdade, o município não tem suporte para atender os casos que chegam na instituição a exemplo, dos casos em que depende de outra instituição como a demanda de moradores de rua. Então, o que considero como desafio e o aumento das demandas e o custeio que não acompanha em relação a gasto e investimentos na saúde. Dessa forma, vejo o serviço social com uma autonomia relativa, o SUS me impõe a certos limites, pois algumas vezes uso até de recursos próprios para obter êxito em algumas intervenções por conta do limite imposto pela política de saúde, ou melhor, pelos gestores”.*

A entrevistada 2 responde: *“a troca de gestores frequentemente acaba sendo uma dificuldade visto que a maioria dos gestores que passam pela instituição não tem conhecimento do que é atribuição e o que compete a serviço social e acaba cobrando e desvalorizando o trabalho do profissional que se nega a fazer o que não lhe compete, percebo a dificuldade do serviço social de se impor no serviço de saúde, pois os profissionais médico, enfermeiro não vêem o assistente social como um profissional da saúde, dessa forma é notória a dificuldade em fazer com que os demais profissionais vejam e reconheçam o assistente social como um profissional da saúde, essa prática acaba por desqualificar o assistente social. Essa equipe mencionada acredita que o assistente social é um profissional para atender serviços superficiais. Em relação às limitações e os desafios encontrados para a realização do meu trabalho, digo que a maior delas é atribuída ao desmonte da política de saúde assim como outras políticas também, pois a proposta da rede de atendimento não funciona como deveria e*

*por conta disso a rede de urgência acaba sendo a porta de entrada do usuário quando na verdade era pra ser da Unidade Básica de Saúde essa função e mesmo que façamos referência desse usuário para a UBS o serviço não flui, o usuário não tem continuidade junto ao seu território, posso considerar que um grande desafio é a má gestão do SUS em relação a administração da política de saúde, pois notamos que as pessoas indicadas para exercerem os cargos, não tem noção do que é realmente o serviço de saúde em si”.*

Diante dos relatos das entrevistadas a que apresentou uma riqueza de informações com conteúdos bastante expressivos, e dão pistas para várias reflexões e análise.

Inicialmente percebe-se uma precarização do Serviço Social na política de Saúde. Pois, em Sergipe, os movimentos para a reforma sanitária são pautados, basicamente, até o final da década de 1990, pela municipalização da gestão da saúde dos municípios sergipanos e início das atividades do Programa Saúde da Família – PSF.

Em 2001 a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju iniciou um projeto de reforma sanitária, em defesa do SUS, atendendo os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação popular, originando grandes mudanças no projeto sanitário local. Em Aracaju, de 2001 a 2004, foi adotado um padrão arquitetônico e de ambiência para construção ou reforma das Unidades Básicas de Saúde, onde foi esperado oferecer à população instalações semelhantes às ofertadas pela rede particular (SANTOS 2006).

Mesmo assim, ainda que a atenção básica em saúde seja percebida como base e porta de entrada da saúde os procedimentos realizados diretamente em seus serviços, não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS, estendendo o atendimento a outros níveis. São eles os de média e alta complexidade<sup>10</sup>.

Dessa forma, a proposta da Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída, (BRAVO, 2006).

Diante disso, nos anos 1990, observou-se: a privatização do financiamento e da produção dos serviços, assim como a precarização das políticas públicas com redução dos gastos sociais; a concentração dos investimentos nos grupos mais carentes e a descentralização para o nível local, essas alterações se completaram paulatinamente e causaram interferência nas direções do Sistema

---

<sup>10</sup> A atenção de média complexidade se dá por meio de ações e serviços de saúde que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, que exigem a utilização de equipamentos e profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio ao diagnóstico e ao tratamento. Está integrada à Atenção Básica através de um sistema de regulação. Na média complexidade também são desenvolvidas ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2007).

Único de Saúde. Esses fatores podem notar que a ausência de estrutura física; a escassez de material; equipamento; medicamentos, e a ausência de recursos humanos, a cada dia enfraquecem a saúde pública em todos os níveis de complexidade, ficando o SUS diminuído, no sentido de eficácia e credibilidade junto à população usuária, pela forma como é tratada a política de saúde no Brasil.

Neste contexto a atuação do profissional do Assistente Social necessita ser mais conhecida e reconhecida, para que essas políticas sejam efetivadas e as demandas recebam o atendimento estabelecido pelos documentos que regulamentam a profissão. Como os demais trabalhadores de saúde, o assistente social sofre as determinações sociais presentes na sociedade capitalista, quanto ao assalariamento e precarização das relações de trabalho.

Por outro lado, o cuidado implica saber lidar com condições de trabalho que nem sempre são ideais, possibilitando ações cuidadosas que, pelo contrário, não estão restritas aos atendimentos formais de atendimento aos usuários. Embora suas ações sejam desenvolvidas de forma fragmentada, de forma individualizada, a dimensão coletiva está sempre presente e orientada não apenas ao que o usuário reivindica ao serviço, mas por uma leitura mais abrangente das necessidades do usuário na perspectiva da integralidade.

Consequentemente, e como verbalizaram as profissionais de serviço social, há um constante desafio imposto pelas condições do SUS para a intervenção do assistente social, e o atendimento das demandas dos usuários dificultando exercício profissional a luz do projeto hegemônico da profissão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve objetivo como conhecer e analisar a intervenção do assistente social na unidade de saúde frente aos desafios do SUS, a fim de entender como se dá essa relação na prática profissional.

Neste sentido, o desenvolvimento do presente trabalho possibilitou fazer uma análise de como se dá a efetivação do exercício profissional do assistente social e como os desafios encontrados nas áreas de atuação, especialmente na de saúde, interferem no seu desempenho. A pesquisa resultou na satisfação dos objetivos previstos e alcançados.

Os resultados da pesquisa conforme análise dos dados obtidos confirmam as hipóteses levantadas de que, devido as dificuldades enfrentadas o assistente social não consegue de forma satisfatória ter pleno êxito em partes das intervenções aplicadas. Os desafios impostos pela gestão da política de saúde e pela falta de conhecimento do trabalho que o profissional de Serviço Social realiza numa unidade de saúde, os assistentes sociais estão sendo ‘forçados’ a intervir de forma superficial e imediata, com forte tendência a se tornar uma atividade puramente mecânica.

Outro ponto a ressaltar é que, com a desregulamentação das políticas sociais. A saúde, adquire um caráter focalizado e setorizado, se constituindo como entraves para uma atuação profissional crítica e competente, regulada na articulação entre as três dimensões constitutivas da profissão (teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo).

Os relatos dos profissionais mostram que a situação atual, aliada as características próprias do cotidiano (superficialidade, imediatividade, dentre outras, tende a reduzir a atuação dos assistentes sociais e demais profissionais, no âmbito das RUEs, no atendimento das demandas dos usuários). Esse aspecto confirma uma das hipóteses desta pesquisa; a de que no cotidiano profissional do assistente social, devido as suas características inerentes a dimensão técnico –operativa tende a se sobressair das demais (teórico-metodológico, ético-político), podendo limitar a intervenção a apenas procedimentos técnicos.

Diante do estudo foi visto que, a saúde é uma das áreas que mais emprega os assistentes sociais e a maior parte deles está inseridos em instituições publicas como mostra a pesquisa “Assistentes Sociais no Brasil” realizada pelo CFESS (2005).

Como analisado no capítulo III, são inúmeros os desafios do SUS para a efetivação do trabalho, conforme evidenciado pelo profissional de Serviço Social da Saúde: desregulamentação

das políticas sociais; precarização dos serviços de saúde (expressa nas condições de trabalho); deficiência na administração da política de saúde e outros. Essa situação de desmonte das políticas públicas traz impactos negativos para o exercício profissional do assistente social, assim como para os demais, diante do cenário de regressão dos direitos sociais.

Espera-se que os resultados da pesquisa possam colaborar para o fortalecimento do exercício profissional do assistente social numa perspectiva crítica e competente a partir do conhecimento produzido. A pesquisa realizada mostrou que são muitos e diversos os desafios impostos pela atual conjuntura neoliberal, desafios estes que se propagam na precarização dos serviços de saúde, os quais se instituem como limitações para o exercício profissional.

Assim o assunto não está esgotado e espera-se que os resultados aqui apresentados possam ser explorados em outras pesquisas que revelem outros desafios encontrados no SUS, considerados como limitações para as intervenções propostas pelos assistentes sociais no âmbito da saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luis A. Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2010- (Biblioteca básica de serviço social; v.2)

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. Disponível <https://scholar.google.com.br/>, Acesso em 15/02/2017

BEZERRA, Suely O.; Araújo, MARIA A. D. **As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde**. Disponível em <http://www.scielo.br/>, Acesso em 20 de julho de 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>, Acesso: 20 de dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997. República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>, Acesso: 20 de Março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3ª. ed.- Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/> , acessado em 21/02/2017.

\_\_\_\_\_. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009**, Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. <http://bvsmms.saude.gov.br/>

\_\_\_\_\_. Presidência da Republica. **Lei n o 8.080, de 19 de setembro de 1990**, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>, acessado em 13/04/17.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde**, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.2 v. :il. – (Série E. Legislação de Saúde) Conteúdo: v .1: Coletânea de textos; v. 2: Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde ISBN 85-334-0733-5

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Nº 8.662, de 7 de Junho de 1993**, Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outra providencia. Brasília, 7 de junho de 1993.

BRAVO, Maria I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez/Editora UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_. [el al], (orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo Cortez: RJ: UERJ, 2004

\_\_\_\_\_. [el al], (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

\_\_\_\_\_. ; Matos, M.C. **Reforma sanitária e projeto ético- político do Serviço Social: elementos para o debate**. Saúde e serviço social Maria Inês Souza Bravo; [et al.],(organizadoras), São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, Cortez UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana E. [ et al ], (orgs) – **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília/DF:OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. et al. **Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006, 2007.

\_\_\_\_\_. ; MATOS, M.C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, A. E. et al.(orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília 2009. Acessado em 20 de abril de 2017, Disponível em <http://www.cresspr.org.br/> acessado em 17/02/2017

\_\_\_\_\_.**Resolução N.º 383/99** de 29/03/1999,Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília (DF), 29 de março de 1999

\_\_\_\_\_.**Resolução Nº 493/2006** de 21 de agosto de 2006, Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília, 21 de agosto de 2006

CFESS/CRESS. **Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília, 2009

COSTA, Maria Dalva Horácio da.**O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. IN: **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. Ministério da Saúde, nº 62,3º ed., Cortez: São Paulo, 2008. p. 305-351.

DALLARI, Sueli G.; NUNES JÚNIOR, Vidal S. **Direito sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010. Disponível em <https://scholar.google.com.br/>, acessado em 17/02/2017



GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

\_\_\_\_\_. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na divisão do trabalho**. In: **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 3ed. São Paulo: Cortez, 1995, p.87-112.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na Contemporaneidade : trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 35ª.ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80**. *Physis*, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>, Acessado em 08/01/2017.

**Manual de Metodologia Científica** – Normas Abnt. Foz do Iguaçu, 2012. Disponível em: <<http://www.udc.edu.br//>>, Acesso em 08/03/2017.

MATOS, M. C. de. **O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90**. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez. N. 74, jul./2003, p. 84-117.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

NETTO, José P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fio cruz, 2009.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/>, Acessado em 08/05/2017

POLÍGONO, MARCUS V. **Historia das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão** 2002. Disponível em: <http://www.uff.br//>, acessado em: 10 de dezembro. 2016.

REZENDE, Ilma; CAVALCANTE, Ludmila F. **O Serviço Social e as Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

SANTOS, R. C. **Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva**. São Paulo: Ed.Hucitec, 2006.

SANTOS, Beatriz Fernandes da Cruz. **Relatório de Estágio Supervisionado**. Aracaju: UFS, 2016.

SEVERINO, A. J. **Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade**. In: SÁ, Jeanete L. Martins (Org.). Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**; Serviço social e sociedade, n. 103, p. 453-475, 2010. Disponível ><http://www.googleacademico.br//>>, , acessado em 20 de Janeiro de 2017.

VAITSMAN, J. **Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde**. In: Teixeira, S (Org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 139-156

VASCONCELOS, Ana M. [ et al.],**Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social**. In: Saúde e Serviço Social Maria Inês Souza Bravo; [et al.],(organizadoras), São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, Cortez UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8ª ed, Cortez Editora, 2012.

## APÊNDICE

## APÊNDICE1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS  
DISCIPLINA : TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
DOCENTE PROFª. NOÊMIA LIMA SILVA.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Estudo sobre a intervenção do assistente social numa unidade de saúde e os desafios do (SUS).

Nome do Pesquisador Principal ou Orientador(a):

Prof. Noêmia Lima Silva Nome do(s) Pesquisadores assistentes/alunos: Beatriz Fernandes da Cruz Santos

Natureza da pesquisa:

A Sra, (Sr).....está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade: Conhecer a intervenção do Assistente Social na unidade de saúde frente aos desafios do SUS a fim de entender como se dá essa relação na prática profissional.

1. Participantes da pesquisa: 50 % dos profissionais de serviço social lotados na unidade.
2. Envolvimento na pesquisa: *ao participar deste estudo a sra (sr) permitirá que o (a) pesquisador (a) Beatriz Fernandes da Cruz Santos A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.*
3. Sobre as entrevistas: A entrevista semi estruturada e seguirá um breve roteiro apenas para nortear a sequência das perguntas.
4. Confidencialidade: *todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados.*
5. Benefícios: *ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto.*

6. Pagamento: *a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

#### Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador

## APENDICE 2

### Roteiro de entrevista

- 1) Como classifica suas condições de trabalho?
- 2) Quais as principais demandas dos usuários junto ao serviço social?
- 3) Quais ações que desenvolve e quais instrumentais utilizam?
- 4) O que considera como limitação para seu exercício profissional e a que atribui?
- 5) Estas são consideradas como desafios para o exercício da profissão?